UNIVERSAL JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES
ISSN 2992-8826
https://sr-journals.org/index.php/UJMANS

МИГРАЦИЯ ОСТАВЛЕННОГО ЖЕЛЧНОГО КОНКРЕМЕНТА В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ С ФОРМИРОВАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПЛЕВРО-АБДОМИНАЛЬНОГО СВИЩА ЧЕРЕЗ 23 ГОДА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Беркинов Улугбек Бозорбаевич
Ташкентский государственный медицинский университет

Аннотация. Оставленные («потерянные», *dropped*) желчные конкременты после лапароскопической холецистэктомии в большинстве случаев считаются клинически незначимыми, однако в редких ситуациях могут приводить к тяжелым отсроченным осложнениям. Торакальная миграция оставленных конкрементов является одной из наиболее редких форм подобных осложнений и может сопровождаться значительными диагностическими трудностями вследствие атипичной клинической картины и длительного бессимптомного периода.

Представлено клиническое наблюдение пациентки 67 лет, госпитализированной с хроническим гнойным свищом передней брюшной стенки через 23 года после лапароскопической холецистэктомии. Первоначально у больной отмечались рецидивирующие воспалительные изменения правой половины брюшной стенки, сопровождавшиеся повторными жидкостными скоплениями, множественными дренирующими вмешательствами и формированием стойкого наружного свища. При КТ и контрастной фистулографии выявлено сообщение свищевого хода с осумкованной правосторонней плевро-диафрагмальной полостью. Во время лапароскопической ревизии обнаружены плотные сращения между VI–VII сегментами печени и диафрагмой. После адгезиолизиса и вскрытия полости удален холестериновый желчный конкремент размерами 1,5×1,2 см. Послеоперационный период протекал без осложнений, полное закрытие свища наступило в течение одной недели.

Данное наблюдение демонстрирует возможность крайне поздних торакальных осложнений, обусловленных оставленными желчными конкрементами после лапароскопической холецистэктомии. Даже холестериновые конкременты способны в течение десятилетий сохраняться бессимптомно, а затем проявляться хроническими воспалительными и свищевыми осложнениями. Тщательное удаление выпавших конкрементов во время операции и настороженность в отношении поздних послеоперационных проявлений имеют принципиальное значение.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, оставленные желчные конкременты, торакальная миграция, плевро-абдоминальный свищ.

Abstract. Retained (“dropped”) gallstones following laparoscopic cholecystectomy are generally considered clinically insignificant; however, in rare cases they may result in severe delayed complications. Thoracic migration of retained gallstones represents one of the rarest manifestations and may lead to diagnostic difficulties due to atypical clinical presentation and

prolonged asymptomatic latency.

We present the case of a 67-year-old woman admitted with a chronic purulent fistula of the anterior abdominal wall 23 years after laparoscopic cholecystectomy. The patient initially developed recurrent inflammatory changes of the right abdominal wall associated with repeated fluid collections, multiple drainage procedures, and formation of a persistent external fistula. CT and contrast fistulography revealed communication between the fistulous tract and an encapsulated right pleuro-diaphragmatic cavity. Laparoscopic exploration demonstrated dense adhesions between liver segments VI–VII and the diaphragm. Following adhesiolysis and cavity opening, a cholesterol gallstone measuring 1.5×1.2 cm was extracted. The postoperative course was uneventful, and complete fistula closure occurred within one week.

This case illustrates the possibility of extremely delayed thoracic complications caused by retained gallstones after laparoscopic cholecystectomy. Even cholesterol gallstones may remain clinically silent for decades before presenting with chronic inflammatory and fistulous complications. Careful intraoperative retrieval of spilled gallstones and awareness of late postoperative manifestations remain essential.

Keywords: laparoscopic cholecystectomy, retained gallstone, thoracic migration, pleuro-abdominal fistula.

Annotatsiya. Laparoskopik xoletsistektomiyadan keyin qorin bo‘shlig‘ida qolib ketgan (“dropped”) o‘t toshlari odatda klinik jihatdan ahamiyatsiz deb hisoblanadi, biroq ayrim kam hollarda ular og‘ir kechikkan asoratlarga olib kelishi mumkin. Qolib ketgan o‘t toshlarining torakal migratsiyasi eng kam uchraydigan ko‘rinishlardan biri bo‘lib, atipik klinik namoyonlar va uzoq davom etuvchi simptomsiz latent davr tufayli diagnostik qiyinchiliklarni keltirib chiqarishi mumkin.

Biz laparoskopik xoletsistektomiyadan 23 yil o‘tib oldingi qorin devorining surunkali yiringli svishi bilan shifoxonaga yotqizilgan 67 yoshli ayol bemor holatini taqdim etamiz. Dastlab bemorda qorin devorining o‘ng yarmida qaytalanuvchi yallig‘lanish o‘zgarishlari, takroriy suyuqlik to‘planishlari, ko‘p martalik drenaj muolajalari va turg‘un tashqi svish shakllanishi kuzatilgan. KTsi va kontrast fistulografiya oqma yo‘lining o‘ng pleuro-diafragmal sohadagi chegaralangan bo‘shliq bilan bog‘liqligini aniqladi. Laparoskopik reviziya vaqtida jigar VI–VII segmentlari bilan diafragma orasida zich bitishmalar aniqlandi. Adgeziolizis va bo‘shliq ochilgandan so‘ng 1,5×1,2 sm o‘lchamdagi xolesterinli o‘t toshi olib tashlandi. Operatsiyadan keyingi davr asoratsiz kechdi va svish bir hafta ichida to‘liq yopildi.

Mazkur klinik holat laparoskopik xoletsistektomiyadan keyin qolib ketgan o‘t toshlari tufayli juda kech rivojlanadigan torakal asoratlar yuzaga kelishi mumkinligini ko‘rsatadi. Hatto xolesterinli o‘t toshlari ham o‘nlab yillar davomida klinik belgilar bermasdan saqlanib, keyinchalik surunkali yallig‘lanish va oqma asoratlar bilan namoyon bo‘lishi mumkin. Operatsiya vaqtida to‘kilgan o‘t toshlarini ehtiyotkorlik bilan olib tashlash hamda kechki operatsiyadan keyingi namoyonlarga nisbatan hushyorlik muhim ahamiyatga ega.

Kalit so‘zlar: laparoskopik xoletsistektomiya, qolib ketgan o‘t toshlari, torakal migratsiya, plevro-abdominal oqma.

Введение

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время является «золотым стандартом» лечения симптомной желчнокаменной болезни и хронического калькулезного холецистита. Несмотря на малоинвазивность и высокую безопасность метода, перфорация желчного пузыря с выпадением желчи и конкрементов остается одним из наиболее частых интраоперационных осложнений.

Согласно данным литературы, перфорация желчного пузыря наблюдается в 10–40% случаев ЛХЭ, тогда как неудаленные внутрибрюшные конкременты выявляются приблизительно у 1–9% пациентов. Хотя большинство оставленных камней остается бессимптомными, в ряде случаев они могут приводить к отсроченным септическим и

воспалительным осложнениям спустя месяцы и даже годы после операции.

Наиболее часто описываемыми осложнениями являются внутрибрюшные абсцессы, воспалительные инфильтраты, свищи, гранулематозные реакции и синусы передней брюшной стенки. Торакальные осложнения, связанные с трансдиафрагмальной миграцией оставленных конкрементов, встречаются значительно реже и включают эмпиему плевры, абсцессы легкого, бронхоплевральные свищи и хронические плевро-диафрагмальные воспалительные полости.

Диагностика подобных осложнений нередко представляет значительные трудности вследствие неспецифичности клинических проявлений и большого промежутка времени между ЛХЭ и дебютом заболевания. В отдельных наблюдениях отсроченные осложнения развивались спустя более 10–20 лет после первичного вмешательства.

В настоящей работе представлено редкое клиническое наблюдение отсроченной торакальной миграции оставленного холестеринового желчного конкремента с формированием хронического плевро-абдоминального свища через 23 года после ЛХЭ.

Обзор литературы

Проблема оставленных желчных конкрементов после ЛХЭ в последние два десятилетия привлекает все большее внимание исследователей. Первоначально выпавшие конкременты считались относительно безвредными, поскольку осложнения развивались лишь у незначительной части пациентов. Однако накопление клинических наблюдений показало, что оставленные камни могут выступать в роли хронических воспалительных инородных тел и становиться источником тяжелых отсроченных септических осложнений.

Brockmann и соавт. проанализировали осложнения, связанные с потерянными желчными конкрементами, и показали, что наиболее частым клиническим проявлением является абсцедирование. Воспалительные полости могут формироваться в подпеченочном пространстве, забрюшинной клетчатке, передней брюшной стенке, малом тазу и поддиафрагмальной области. Авторы подчеркнули, что истинная частота подобных осложнений, вероятно, недооценена вследствие поздней манифестации и диагностических трудностей.

Ряд факторов повышает риск осложнений, связанных с оставленными конкрементами: острый холецистит; инфицированная желчь; пигментные камни; множественные выпавшие конкременты; крупные размеры камней; пожилой возраст пациентов; подпеченочная локализация конкрементов.

Большинство тяжелых осложнений связывают с инфицированными пигментными конкрементами. Тем не менее отдельные публикации свидетельствуют о том, что даже холестериновые камни способны вызывать хроническое гранулематозное воспаление и абсцедирование.

Торакальные осложнения остаются исключительно редкими. Предполагается, что их развитие связано с хроническим воспалительным повреждением диафрагмы и постепенной миграцией конкремента в плевральную полость или легочную ткань. В литературе описаны следующие варианты торакальных осложнений: эмпиема плевры; абсцесс легкого; бронхолитиаз; плевральный свищ; хроническая эмпиема.

Поскольку торакальная миграция может происходить спустя многие годы после ЛХЭ, связь между текущей патологией и ранее перенесенной операцией нередко остается нераспознанной.

Важную роль в диагностике играют современные методы визуализации, прежде всего контрастная компьютерная томография и фистулография. Однако холестериновые конкременты могут быть рентгенонегативными и плохо визуализироваться напрямую. В связи с этим особое диагностическое значение приобретают косвенные признаки — осумкованные воспалительные полости, свищевые ходы и хронические воспалительные изменения.

Лечение подобных осложнений, как правило, требует полного удаления оставленных

UNIVERSAL JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES
ISSN 2992-8826
https://sr-journals.org/index.php/UJMANS

конкрементов наряду с дренированием абсцесса и ликвидацией свищевого хода. Простое дренирование без удаления камня сопровождается высоким риском рецидива.

Клиническое наблюдение

Пациентка О., 67 лет, поступила 10 апреля 2026 года с жалобами на наличие хронического наружного свища передней брюшной стенки со скудным гнойным отделяемым и умеренную слабость.

Из анамнеза известно, что в 2003 году пациентке была выполнена ЛХЭ по поводу желчнокаменной болезни. По словам больной, послеоперационный период протекал без особенностей, в течение многих лет жалоб не предъявляла.

В марте 2025 года появились боли, гиперемия и припухлость правой половины передней брюшной стенки. При УЗИ по месту жительства выявлено жидкостное скопление в мягких тканях брюшной стенки. Под контролем УЗИ произведена пункция образования с эвакуацией небольшого количества мутной жидкости и назначением антибактериальной терапии. Несмотря на проводимое лечение, жидкостное скопление рецидивировало.

В дальнейшем выполнено дренирование жидкостного образования. Несмотря на временное уменьшение воспалительных проявлений, спустя несколько дней после удаления дренажа вновь появились гиперемия и отек брюшной стенки.

Выполненная по месту жительства диагностическая лапароскопия существенной внутрибрюшной патологии не выявила.

Через 3 месяца от начала заболевания пациентка была госпитализирована в центр гнойной хирургии, где по поводу предполагаемой флегмоны передней брюшной стенки выполнены множественные разрезы и дренирование. Состояние больной улучшилось, однако параумбиликальная рана полностью не заживала, сформировался хронический наружный свищ.

При КТ выявлено локализованное осумкованное жидкостное скопление размерами около 4 × 2,5 см в правой плевро-диафрагмальной области (рис. 1, 2). Контрастная фистулография показала сообщение наружного свищевого хода с данной полостью.

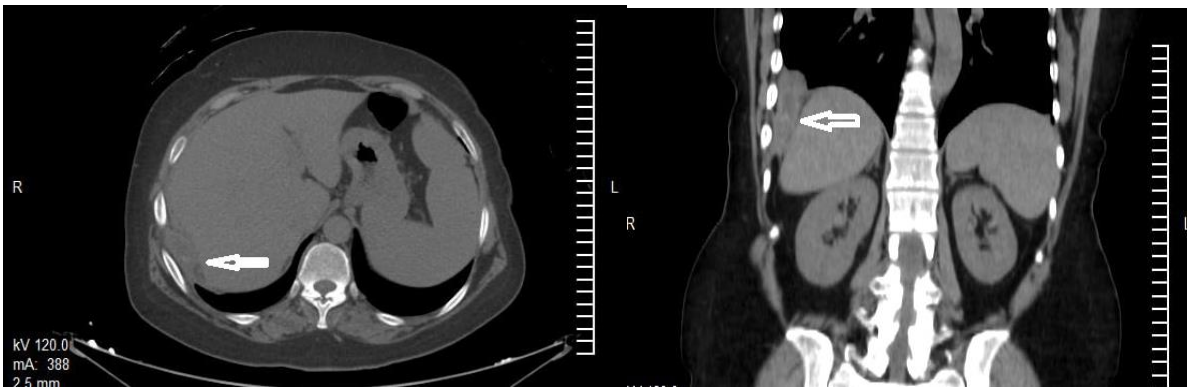


Рис. 1. МСКТ пациентки О. Стрелкой указано ограниченное образование в правой плевральной полости.



Рис. 2. МСКТ с контрастированием. Контрастное вещество поступает и заполняет

OPEN ACCESS

ограниченную плевральную полость.

После предоперационной подготовки 14 апреля 2026 года выполнено лапароскопическое вмешательство.

При лапароскопической ревизии выявлены плотные сращения между VI–VII сегментами печени и диафрагмой. После адгезиолизиса отмечено выбухание нижнего отдела правого реберно-диафрагмального синуса. Введение красителя через наружный свищ привело к прокрашиванию патологической полости, что подтвердило сообщение между свищевым ходом и плевро-диафрагмальной полостью.

Полость вскрыта лапароскопически (рис. 3), из нее удален желтый конкремент размерами около 1,5 × 1,2 см (рис. 4). Макроскопически камень соответствовал холестериновому конкременту. Выполнены санация и дренирование полости.

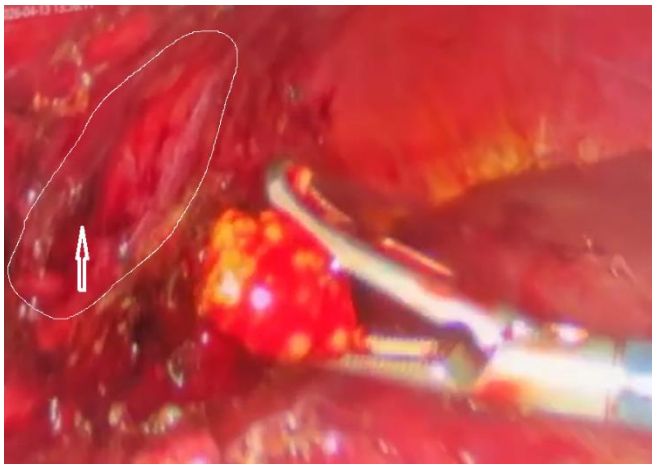


Рис. 3. Интраоперационное фото. Момент удаления желчного конкремента из ограниченной полости. Белой линией обозначена осумкованная жидкостная полость в правой плевральной полости. Стрелкой указано расположение конкремента.

Послеоперационный диагноз: состояние после лапароскопической холецистэктомии (2003 г.); оставленный внутрибрюшной желчный конкремент с отсроченной торакальной миграцией; осумкованная правосторонняя плевро-диафрагмальная полость; хронический наружный плевро-абдоминальный свищ.



Рис. 4. Интраоперационное фото. Момент извлечения желчного конкремента.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на вторые сутки после операции. Отделяемое из свища полностью прекратилось, самостоятельное закрытие свищевого хода произошло на 6–7 сутки. При дальнейшем наблюдении признаков рецидива не отмечено.

Обсуждение

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует крайне редкое отсроченное осложнение ЛХЭ, связанное с миграцией оставленного желчного конкремента в

торакальную область.

Наиболее вероятным механизмом развития осложнения в данном случае являлась нераспознанная перфорация желчного пузыря во время первичной ЛХЭ с выпадением конкремента в подпеченочное пространство. На протяжении многих лет оставленный холестериновый камень, вероятно, поддерживал хроническое вялотекущее воспаление, что в конечном итоге привело к трансдиафрагмальной миграции и формированию осумкованной плевро-диафрагмальной полости с наружным свищом.

В отличие от большинства ранее описанных наблюдений, связанных с инфицированными пигментными конкрементами, удаленный у нашей пациентки камень имел макроскопические признаки холестеринового конкремента. Данное наблюдение свидетельствует о том, что даже стерильные холестериновые камни способны выступать биологически активными инородными телами, поддерживающими хроническое воспаление и позднюю миграцию.

Дополнительной особенностью случая является исключительно длительный латентный период — 23 года между ЛХЭ и клинической манифестацией осложнения. Подобная отсроченная презентация значительно затруднила диагностику и первоначально привела к множественным дренирующим вмешательствам и диагностической неопределенности.

Данный клинический случай также подчеркивает важность тщательного сбора анамнеза у пациентов с хроническими воспалительными процессами передней брюшной стенки или грудной клетки. Наличие в анамнезе лапароскопической холецистэктомии должно вызывать настороженность в отношении возможных осложнений, связанных с оставленными желчными конкрементами.

Применение малоинвазивного лапароскопического подхода позволило полностью устранить патологический очаг, обеспечив быстрое послеоперационное восстановление и хороший клинический результат.

Заключение

Оставленные желчные конкременты после ЛХЭ могут вызывать крайне поздние торакальные и плевро-абдоминальные осложнения даже спустя десятилетия после операции.

Хронические свищи, осумкованные воспалительные полости и торакальная миграция должны учитываться при дифференциальной диагностике атипичных воспалительных процессов у пациентов с перенесенной ЛХЭ.

Тщательное интраоперационное удаление выпавших конкрементов имеет принципиальное значение для профилактики поздних осложнений.

References

1. Brockmann JG, Kocher T, Senninger NJ, Schürmann GM. Complications due to gallstones lost during laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc. 2002;16:1226–1232.
2. Sathesh-Kumar T, Saklani AP, Vinayagam R, Blackett RL. Spilled gall stones during laparoscopic cholecystectomy: a review of the literature. Postgrad Med J. 2004;80:77–79.
3. Helme S, Samdani T, Sinha P. Complications of spilled gallstones following laparoscopic cholecystectomy. J Med Case Rep. 2009;3:8626.
4. Ramamurthy NK, Rudralingam V, Martin DF, et al. Complications and imaging findings of dropped gallstones. AJR Am J Roentgenol. 2013;200:1244–1253.
5. Zehetner J, Shamiyeh A, Wayand W. Lost gallstones in laparoscopic cholecystectomy: all possible complications. Am J Surg. 2007;193:73–78.
6. Danhel L, Fritz A, Havranek L, et al. Lost gallstones during laparoscopic cholecystectomy as a common but underestimated complication. Front Surg. 2024;11:1375502.